

← 改正後

現行



様式第一号（第四条関係）（平10厚勞令25・全改）

写真 photo	収入印紙欄 revenue stamp	※許可番号	
		※許可年月日	

臨床修練許可申請書

APPLICATION FOR PERMISSION FOR ADVANCED CLINICAL TRAINING

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律第3条第1項に基づき、関係書類を添えて臨床修練の許可を申請します。

Under the provisions of Article 3, Paragraph 1 of the Law concerning the Exceptional Cases of the Medical Practitioners' Act, Article 17, on the Advanced Clinical Training of Foreign Medical Practitioners, I hereby apply for permission for advanced clinical training, and submit the necessary documents.

国籍 Nationality		出生地 Place of Birth	
-------------------	--	-----------------------	--

日本における居住地 Present Address in Japan	c/o	方
---------------------------------------	-----	---

電話番号 TEL. No.	()
---------------	-----

氏名 Name	(原語) (in Original Letters)		
	(ローマ字) (in Roman Letters)	(Last)	(First) (Middle)
	(カタカナ) (in Japanese Katakana)	(Last)	(First) (Middle)

性別 Sex	男 Male	女 Female
-----------	-----------	-------------

生年月日 Date of Birth	年 Year	月 Month	日 Day
-----------------------	-----------	------------	----------

理解し、使用する能力を有する外国語 Foreign Languages which You can understand and use	
---	--

第四十五編 厚生 (外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第十七条等の特例等に関する法律施行規則) 二五七

写真 photo 40mm×30mm	収入印紙欄 revenue stamp	※許可番号	
		※許可年月日	

臨床修練許可申請書
APPLICATION FOR PERMISSION FOR ADVANCED CLINICAL TRAINING

厚生労働大臣 殿
To: Minister of Health, Labour and Welfare

外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第17条等の特例等に関する法律第3条第1項に基づき、関係書類を添えて臨床修練の許可を申請します。

Under the provisions of Article 3, Paragraph 1 of the Law concerning the Exceptional Cases of the Medical Practitioners' Act, Article 17, on the Advanced Clinical Training of Foreign Medical Practitioners, I hereby apply for permission for advanced clinical training, and submit the necessary documents.

国籍 Nationality		生年月日 Date of birth	年 Year	月 Month	日 Day
氏名 Name	原語表記 in the original letters				
	英語表記 in English				
	日本語表記 (カタカナ) in Japanese Katakana				
性別/Sex	<input type="checkbox"/> 男/Male <input type="checkbox"/> 女/Female				
出生地/Place of birth					
本国における居住地 Home town/city					
日本における居住地 Address in Japan					
電話番号/Telephone No.					
臨床修練終了後の予定 Plans after the advanced clinical training	<input type="checkbox"/> 帰国/Return to your country 勤務予定先/Intended place of work _____ <input type="checkbox"/> その他/others ()				

外国医師（歯科医師・看護師等） 資格 Foreign license of medical practitioner (dental practitioner・nurse)	資格を取得した外国の国名 Country where the license is obtained		
	資格を取得した年月日 Date when the license is obtained	年 月 日 Year Month Day	
	資格の名称 Name of the license	原語表記 in the original letters	
		英語表記 in English	
	日本語表記（カタカナ） in Japanese Katakana		
臨床修練で用いる主な言語 Languages which you use in the hospital	<input type="checkbox"/> 日本語/Japanese <input type="checkbox"/> 英語/English <input type="checkbox"/> その他の言語/other language ()		
日本国及び外国において 欠格事由に該当しない旨の申述 Declaration that applicant has not come under grounds for disqualification in Japan or overseas	成年被後見人又は被保佐人であることの有無 An adult ward or a person under curatorship	<input type="checkbox"/> なし/No <input type="checkbox"/> あり/Yes	
	罰金以上の刑に処せられたことの有無 Fine or severer punishment	<input type="checkbox"/> なし/No <input type="checkbox"/> あり/Yes 具体的内容/Details ()	
	医業停止等の行政処分を受けたことの有無 license suspension	<input type="checkbox"/> なし/No <input type="checkbox"/> あり/Yes 具体的内容/Details ()	
	医事に関し、犯罪又は不正の行為を行ったことの有無 Criminal records concerning medical affairs	<input type="checkbox"/> なし/No <input type="checkbox"/> あり/Yes 具体的内容/Details ()	

以上の記載内容は事実と相違ありません。

I hereby declare that the statement given above is true and correct.

年 月 日
Year Month Day

- (注 意) 1. 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
(Remarks) Use the paper of Japan Industry Size A4.
2. ※印の欄には、記入しないこと。
Column with ※sign is for official use only.
3. 黒ボールペンを用い、かい書又はブロック体ではっきり記入すること。
Write clearly in block letters with ball-point pen.
4. 収入印紙には、消印をしないこと。
Don't seal the revenue stamp.
5. 指示のない欄は日本語又は英語で記入すること。
Fill in Japanese or English except in indicated cases.

外国医師（歯科医師・看護師等）資格 Foreign Licence of Medical Practitioner (Dental Practitioner・Nurse)	資格を取得した外国の国名 Country where the Licence is obtained	資格の名称 Name of the Licence (原語)(in Original Letters)
	資格を取得した年月日 Date when the Licence is obtained	(カタカナ) (in Japanese Katakana)

厚生労働大臣 殿
To: Minister of Health, Labour and Welfare

年 月 日
(Date) Year Month Day

署名
Signature

- (注 意) 1. 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とすること。
(Remarks) Use the paper of Japan Industry Size A4.
2. ※印の欄には、記入しないこと。
Column with ※sign is for official use only.
3. 該当する不動文字を○で囲むこと。
Encircle the fixed letters.
4. 黒ボールペンを用い、かい書又はブロック体ではっきり記入すること。
Write clearly in block letters with ball-point pen.
5. 収入印紙には、消印をしないこと。
Don't seal the revenue stamp.
6. 指示のない欄は日本語又は英語で記入すること。
Fill in Japanese or English except in indicated cases.